

Claim No. 170863 Creditor Name: Estado Libre Asociado de Puerto Rico

(1) Nombre Completo	Orlando Cárdenas Maxan
(2) Número de teléfono	787-525-1739 Movil 787-757-4435 Res.
(3) Número de empleado	
(4) Agencia para la cual trabaja(ó) y fecha. Si usted fue empleado en más de una agencia, por favor identifique la agencia o agencias relacionadas a su reclamación y las fechas en que estuvo empleado por cada agencia.	Departamento de Educación, E.L.A. Escuela: Ramos Antonini Hato Rey, P.R.
(5) Correo electrónico	cardenas22@yahoo.com
(6) Número de seguro social (últimos cuatro dígitos)	6665
(7) Número de caso administrativo o judicial, si aplica.	Incluya número de caso administrativo y/o judicial, si alguno, que haya radicado y que esté directamente relacionado a los beneficios reclamados en la Evidencia de Reclamación (Proof of Claim) 17 BK 03283 - LTS
(8) Describa en detalle la naturaleza de su reclamación y los fundamentos por los cuales usted cree que tiene derecho al beneficio reclamado. Incluya páginas adicionales si es necesario.	Adjunto a este documento envío carta de la reclamación firmada por ese Servidor en Caso # 17 BK 03283 LTS claim # 170863 creditor: Estado Libre Asociado de P.R. Al igual adjunto documento recibido con "reclamo a ser desestimado". Atentamente: Orlando Cárdenas Maxan